

退職後継続受給用

任意継続  任意継続以外

傷病手当金(付加金)請求書

延長傷病手当金付加金請求書

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

【被保険者へお願い】

- ・消えないボールペンで丁寧に記入ください。
- ・訂正する場合は、二重線で抹消し正しい内容をご記入ください。
- ・傷病手当金は生活保障を目的としているため、1ヵ月毎に請求してください。

1/2 枚目

|                                 |   |  |                 |                |  |               |
|---------------------------------|---|--|-----------------|----------------|--|---------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 記号・番号   | -  |                 | 電話番号<br>日中の連絡先 |  |               |
|                                 | フリガナ  |  |                 | 生年月日           | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成<br>年 月 日   |               |
|                                 | 被保険者氏名  |  |                 | 資格取得日          | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日   |               |
|                                 | 資格取得日   |  |                 | 資格喪失日          | <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日   |               |
|                                 | 退職前の<br>会社・事業所名   |  |                 | 退職前の<br>業務種別   | <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 開発 <input type="checkbox"/> 設計<br><input type="checkbox"/> 製造 <input type="checkbox"/> その他( ) |               |
|                                 | 傷病名   |  |                 | 発病又は負傷<br>の年月日 | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日   |               |
|                                 | 申請期間<br>療養のために休んだ期間   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |                 | 日間             |  |               |
|                                 | 発病又は負傷時の状況を詳しく<br>記入してください  |  |                 |                |  |               |
|                                 | 申請期間中の病状、療養の状況を<br>詳しく記入してください  |  |                 |                |  |               |
|                                 | 医師から受けた治療や、療養に<br>関する指示の内容  |  |                 |                |  |               |
|                                 | 第三者行為(交通事故や暴力行為)によるものですか(該当する回答に☑)  | <input type="checkbox"/> はい → 添付書類「第三者行為による傷病届」 <input type="checkbox"/> いいえ                                       |                 |                |  |               |
|                                 | 労災(業務上又は通勤途上の負傷)によるものですか(該当する回答に☑)  | <input type="checkbox"/> はい → 添付書類「休業(補償)給付支給決定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 労災申請中 <input type="checkbox"/> いいえ |                 |                |  |               |
|                                 | 障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか(該当する回答に☑)  | <input type="checkbox"/> はい → 添付書類「年金証書、直近の年金額改定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ  |                 |                |  |               |
|                                 | [はい・申請中]の場合 → 傷病名:  |  |                 |                |  |               |
|                                 | 老齢厚生(基礎)年金を受給していますか(60歳以上の方は該当する回答に☑)   | <input type="checkbox"/> はい → 添付書類「年金証書、直近の年金額改定通知書」の写し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> いいえ  |                 |                |  |               |
| 照会に関する同意                        | <input type="checkbox"/> 私は、傷病手当金の支給決定を行うにあたり、古河電工健康保険組合が、医療機関等に対して照会を行い、回答・提供を受けること、また、医療機関等が、古河電工健康保険組合の照会に対して回答することに同意します。尚、本紙の写しも有効と認めます。 |  |                 |                |  |               |
| 振込口座 ※任意継続は記入不要                 |   |  |                 |                |  |               |
| 金融機関コード                         | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合  | 店舗コード  | 支店<br>本店<br>出張所 | 種目<br>普通預金     | 口座番号   | フリガナ<br>口座名義人 |
| 添付書類                            | ゆうちょ銀行を指定した場合は通帳のコピー(店名、店番、預金種目、口座番号が書いてあるページ)初回のみ添付<br>※ゆうちょ銀行の場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)及び振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入                                       |  |                 |                |  |               |

|                       |      |   |      |    |       |          |
|-----------------------|------|---|------|----|-------|----------|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 給付種別 | <input type="checkbox"/> 傷手 <input type="checkbox"/> 延長 | 支給回数 | 回  | 支給日   | 令和 年 月 日 |
|                       | 支給期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                                     | 日間   |    |       |          |
|                       | 給付期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日   | 日額   | 法日 | 円     |          |
|                       | 任継期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日   |      | 付日 | 円     | 円        |
|                       | 法定給付 |   |      | 円  | 合計給付額 |          |
|                       | 付加給付 |   |      | 円  | 円     |          |

|                                 |                      |   |
|---------------------------------|----------------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄 | 退職後の健康保険<br>(任意継続以外) | <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 家族の扶養 <input type="checkbox"/> 再就職先の健康保険 <input type="checkbox"/> その他の社会保険<br>添付書類<br>① 現在加入中の健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書 いずれかのコピー<br>② 今回の申請期間の診療について、医療機関又は薬局で発行された診療明細書 又は 医療費明細書 の写し、調剤明細書の写し<br>③ 領収書の写し          |
|                                 | 雇用保険<br>失業給付の状況      | <input type="checkbox"/> 給付の申請はしていない<br><input type="checkbox"/> 受給期間延長の申請をした(令和 年 月 日から延長継続中)<br>→ 初回のみ「延長通知書」写しを添付してください<br><input type="checkbox"/> 受給手続き中である(令和 年 月 日から受給予定)<br><input type="checkbox"/> 現在既に就職済である(令和 年 月 日から就労中)<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
|                                 | 医者のかかり方              | <input type="checkbox"/> 医師の指示した日に受診 <input type="checkbox"/> 薬がなくなったら受診 <input type="checkbox"/> 自分の判断で受診  |
|                                 | 次の受診予定日              | 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定  |
|                                 | 薬の処方の有無              | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない<br>処方がある場合のみ、下記↓回答してください。   |
|                                 | 医師からの指示              | <input type="checkbox"/> 決められた通りに服用するよう指示 <input type="checkbox"/> 調子の悪い時だけ飲むよう指示   |
|                                 | 実際の服用                | <input type="checkbox"/> 決められた通りに服用している <input type="checkbox"/> 自分の判断で服用している <input type="checkbox"/> 全く服用していない  |
|                                 | 日中の過ごし方<br>(複数回答可)   | <input type="checkbox"/> 1日( )時間ほど横になっている <input type="checkbox"/> その他<br><input type="checkbox"/> 1日中横になっている<br><input type="checkbox"/> 散歩する 1日( )回、( )分程度 ( )  |

## 【医療機関へお願い】

- ・治療期間ではなく、療養のため就労できなかったと認められる期間をご記入ください。
- ・労務不能と認めた期間は、主治医の証明日以前の期間をご記入ください。
- ・楷書で丁寧に記入ください。訂正した場合は、訂正印を押してください。

|  |   |  |               |   |
|--|---|--|---------------|---|
| 医<br>師<br>の<br>証<br>明<br>欄   | 患者氏名  |  |               |   |
|  | 傷病名   |  |               | 初診日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日                              |
|  | 発病又は負傷<br>の年月日  | <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 | 発病又は負傷<br>の原因 |   |
|  | 労務不能と<br>認めた期間  | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  | 診療実日数         | 日   |
|  | 上記の内入院期間  | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  | 退院日           | 年 月 日   |
|  | 就労可能見込み   | 令和 年 月 日頃 / <input type="checkbox"/> 現時点では不明                     | 手術日           | 年 月 日   |
|  | 労務不能と認めた<br>期間の主たる症状<br>及び経過  | 治療内容・検査結果・療養指導等(詳しく)   |               | 投薬の有無 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
|  |   | 症状の経過からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見                               |               |   |
|  | 人工透析実施又は人工臓器を装着したとき   | 上記のとおり相違ないことを証明します。  |               |   |
|  | 人工透析の実施又は人工臓器を装着した日<br><input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和<br>年 月 日 | 令和 年 月 日   |               |   |
| 人工臓器等の種類<br><input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工骨頭<br><input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工透析<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 所在地<br>医療機関名<br>医師名<br>電話番号 ( )<br>④<br>医療機関の名称・所在地はゴム印を使用してください。                       |  |               |   |